

**مقاله‌ی پژوهشی****وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دبستانی شهر مشهد****خلاصه**

**مقدمه:** برای رسیدن به سطح مطلوب سلامت روان در جامعه به داده‌ها و اطلاعات آماری مناسب از وضعیت موجود نیاز می‌باشد که این پژوهش نیز به همین منظور و با هدف بررسی میزان شیوع اختلالات هیجانی-رفتاری در دانش‌آموزان دبستانی شهر مشهد انجام گردیده است.

**روش کار:** در این پژوهش توصیفی-مقطعی ۵۰۰ دانش‌آموز دختر و پسر از پایه‌های اول تا پنجم دبستان‌های دولتی شهر مشهد در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ به روش ترکیبی (طبقه‌ای-چندمرحله‌ای) انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، فرم گزارش معلم نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخباخ بوده است. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و تحلیل واریانس تک‌عاملی ANOVA استفاده شده است.

**یافته‌ها:** به میزان ۱۵ درصد از کل دانش‌آموزان مقطع دبستان دچار مشکلات بالینی و ۵ درصد در محدوده‌ی مرزی می‌باشند که بیشترین میزان شیوع مشکلات رفتاری مربوط به پایه‌ی پنجم و کمترین میزان شیوع مربوط به پایه‌ی سوم دبستان می‌باشد.

**نتیجه‌گیری:** این یافته‌ها توجه بیشتر به فضای روانی مدارس و ایجاد محیطی سالم و ایمن را توسط اولیای مدرسه می‌طلبد و همچنین می‌تواند هشدار برای مسئولین آموزش و پرورش، معلمان و والدین باشد تا توجه بیشتری به وضعیت سلامت روان و رشد هیجانی و اجتماعی کودکان نمایند.

**واژه‌های کلیدی:** اختلالات رفتاری، دانش‌آموزان، سلامت روانی

علی رجایی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی

سید/امیر/امین یزدی

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی

مشهد

حسین کارشکی

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی

مشهد

سید جواد کریمیان ناری

کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی

\*مؤلف مسئول:

ایران، مشهد، دانشگاه فردوسی مشهد،

دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی

ali.rajaee66@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۲/۱/۲۴

تاریخ تایید: ۹۲/۹/۱۸

**پی‌نوشت:**

این مطالعه پس از تایید معاونت پژوهشی دانشگاه فردوسی مشهد و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته است. از پژوهشکده‌ی تعلیم و تربیت و سازمان آموزش و پرورش خراسان رضوی و تمامی مدارس و معلمان که در انجام این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای داشتند قدردانی می‌شود.

## *Original Article*

### **Mental health status of elementary school students in Mashhad–northeast of Iran**

#### ***Abstract***

**Introduction:** For receive to optimal level of mental health in society, need to adequate data and information of existing status, that, this study done in order to survey epidemiology of emotional- behavioral disorder in primary school students in Mashhad.

**Materials and Methods:** In this study 500 students (male and female) selected from grades one to five of general schools of Mashhad in 2011 by proportional stratified sampling and data was obtained through teacher's report form (TRF) of Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). For data analysis, descriptive statistical methods and analysis of variance single factor ANOVA.

**Results:** According to obtained data 15% of all students in primary schools have clinical problems and 5% have had marginal problems, that maximum rate of epidemiology.

**Conclusion:** This result request from schools to more attention to emotional climate of schools and provide a safe and secure environment, and can be a warranty for authorities of education, teachers and parents what more pay attention to mental health status and socio-emotional development these children.

**Keywords:** Behavioral problems, Mental health, Students

*Ali Rajaei*

M.Sc. in educational psychology

*Seyyed Amir Amin Yazdi*

Associate professor of  
psychology, Ferdowsi University  
of Mashhad

*Hossein Kareshki*

Assistant professor of psychology,  
Ferdowsi University of Mashhad

*Seyyed Javad Karimian Nari*

M.Sc. in educational psychology

#### **\*Corresponding Author:**

Department of psychology and  
educational sciences, Ferdowsi  
University of Mashhad, Mashhad,  
Iran

ali.rejaee66@yahoo.com

Received: Apr. 13, 2013

Accepted: Dec. 09, 2013

#### **Acknowledgement:**

This study was approved by vice chancellor of Ferdowsi University of Mashhad. No grant has supported this present study and the authors had no conflict of interest with the results.

#### **Vancouver referencing:**

*Rajaei A, Amin Yazdi SM, Kareshki H, Karimian Nari SJ. Mental health status of elementary school students in Mashhad–northeast of Iran. Journal of Fundamentals of Mental Health 2014; 16(1): 84-94.*

## مقدمه

بهداشت روانی یکی از مسائلی می‌باشد که امروزه از اهمیت بسیاری برخوردار است. از بهداشت روانی تعاریف متعددی ارایه شده است. اصطلاح بهداشت روانی این گونه تعریف می‌شود: این اصطلاح به معنی بهزیستی جسمانی، هیجانی و نداشتن بیماری روانی است. همچنین این اصطلاح به توانایی ادامه‌ی یک زندگی فعال و انعطاف‌پذیری در مقابله با فشارهایی که در زندگی رخ می‌دهد اشاره دارد (۱). اما در میان تعاریف متفاوت ارایه شده، تعریف سازمان بهداشت جهانی جامع‌تر و کامل‌تر می‌باشد. در این تعریف آمده است که بهداشت روانی برابر با سلامت بدنی، روانی، اجتماعی، خشنودی و شاد زیستن می‌باشد که در آن افراد قادرند توانایی‌های خود را شکوفا ساخته، با فشارهای روانی روزمره مواجه شده و بر آن‌ها فایق شوند، به طور مولد کار و کوشش کنند و با ویژگی‌های بیان شده در جامعه‌ی خود مشارکت نمایند (۲). همان طور که بیان شد داشتن بهداشت روانی مطلوب مستلزم سلامت بدنی، روانی، اجتماعی و هیجانی است و وجود اختلالات‌های هیجانی-رفتاری و مشکلات اجتماعی می‌توانند وضعیت بهداشت روانی افراد را دچار آسیب نمایند. امروزه کودکان که قشر عظیمی از جوامع را دربرمی‌گیرند و به عنوان آینده‌سازان هر جامعه‌ای تلقی می‌شوند بیشتر در معرض اختلالات رفتاری و هیجانی قرار می‌گیرند. این کودکان بسیاری از این اختلالات را در محیط مدرسه تجربه می‌کنند که مستلزم صرف وقت و توجه بیشتر می‌باشد. اختلالات هیجانی-رفتاری مدرسه‌ای به شرایطی اطلاق می‌شود که در آن، پاسخ‌های هیجانی و رفتاری در مدرسه با هنجارهای فرهنگی، سنی و قومی تفاوت داشته باشد. به طوری که بر عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازگاری فردی، رفتار در کلاس و سازگاری در محیط کار نیز تاثیر منفی بگذارد (۳). مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان به دو گروه کلی یعنی مشکلات برون‌سو<sup>۱</sup> و درون‌سو<sup>۲</sup> تقسیم می‌شوند. مشکلات برون‌سو معطوف به خارج و مشتمل بر

رفتارهایی مانند برون‌ریزی، ستیزه‌جویی و نافرمانی و مشکلات درون‌سو بیشتر معطوف به درون و مشتمل بر گوشه‌گیری، افسردگی و اضطراب می‌باشند. علاوه بر این کودکان معمولاً رفتارهایی را از خود بروز می‌دهند که در هیچ یک از این دو حیطه‌ی رفتار قرار نمی‌گیرد (۴). تقریباً ۲۱ درصد از کودکان و نوجوانان علائم و نشانه‌های اختلال روان‌شناختی را بر طبق معیارهای چهارمین ویرایش کتابچه تشخیصی و درمانی اختلالات روانی DSM-IV<sup>۳</sup> تجربه می‌کنند. همچنین، علاوه بر کودکانی که بر طبق معیارهای DSM-IV اختلال روان‌شناختی قابل تشخیص دارند، تعداد زیادی از کودکان در معرض خطر نیز وجود دارند که هنوز به مرحله‌ای نرسیده‌اند که معیارهای مذکور در مورد آن‌ها صدق کند. طی چند دهه‌ی گذشته، علاقه و توجه به رشد هیجانی و اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی و دبستانی افزایش یافته است. روشن است که بسیاری از کودکان در سال‌های اوایل کودکی مشکلات هیجانی و رفتاری دارند که در طی زمان و شاید تا دوران بزرگسالی‌شان نیز ادامه پیدا کند و باید این واقعیت را بیش از پیش قبول کرد که این مشکلات به طور طبیعی کاهش نخواهند یافت. بنا بر این باید توجه فزاینده‌ای صرف پیشگیری و درمان مشکلات آن‌ها شود (۴). شیوع اختلالات روانی بر حسب شکل، سن و جنس کودکان متفاوت است. در گزارش‌های مختلف، شیوع این اختلال در میان جمعیت مدرسه‌ای بین ۵ تا ۲۰ درصد بوده است (۳). هم‌چنین شایع‌ترین این اختلالات رفتاری، پرخاشگری و رفتار ایدایی ذکر شده است که نسبت ابتلای دختران به پسران یک به پنج است (۳). دلایل بسیاری وجود دارد که سازمان‌دهی خدمات بهداشت روانی در مدارس، راهبرد اساسی برای ارتقای سلامت دانش‌آموزان و در نهایت کل جامعه است. در واقع، مدرسه فرصتی بی‌همتا و جایگاهی اساسی برای بهبود زندگی و ارتقای بهداشت روانی کودکان و نوجوانان می‌باشد (۵) با توجه به آن چه که گفته شد، مدرسه نقش بسیار مهمی در ارتقای سلامت روانی در مراحل بحرانی دوران کودکی و نوجوانی ایفا می‌کند که این امر می‌تواند پایه‌گذار شخصیت و نگرش افراد باشد. به

<sup>۱</sup>Externalizing<sup>۲</sup>Internalizing<sup>۳</sup>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

دانش‌آموزان در ارتقای توانایی‌های یادگیری و پیشرفت تحصیلی آن‌ها می‌باشد.

### روش کار

در این پژوهش توصیفی-مقطعی سعی شده است وضعیت بهداشت روانی کودکان دبستانی شهر مشهد مورد بررسی قرار گیرد. جامعه‌ی این پژوهش را کل دانش‌آموزان مدارس دولتی مقطع ابتدایی شهر مشهد که در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ در این مقطع مشغول به تحصیل بودند تشکیل داده‌اند که از میان نواحی هفت‌گانه‌ی شهر مشهد، نواحی ۲، ۴، ۶ و ۷ به عنوان نواحی نمونه انتخاب گردیدند. در این پژوهش با توجه به حجم زیاد نمونه و گستردگی آن از روش نمونه‌گیری ترکیبی (طبقه‌ای چندمرحله‌ای) استفاده گردید. به این صورت که شهر مشهد به سه منطقه‌ی کلی بر اساس شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی تقسیم‌بندی شده و از ناحیه‌ی متوسط که طیف گسترده‌تری را در خود جای می‌داد دو ناحیه و از مناطق بالا و پایین، یک ناحیه بر حسب تصادف انتخاب شد و از هر ناحیه، یک مدرسه‌ی پسرانه و یک مدرسه‌ی دخترانه به صورت تصادفی انتخاب شد و از هر مدرسه پنج کلاس در پایه‌های اول، دوم، سوم، چهارم و پنجم انتخاب شدند. در مورد حجم نمونه نیز بر اساس گفته‌ی سی‌مور سادمن<sup>۱</sup> که حجم نمونه برای تحقیق‌های پیمایشی در هر یک از زیرگروه‌های اصلی که پاسخ آن‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت ۱۰۰ نفر را پیشنهاد می‌کند، عمل گردید (۹) که با حجم نمونه در جدول مورگان نیز تا حدودی هم‌خوانی داشت. بنابراین از آن جا که این پژوهش از ۵ زیرگروه تشکیل شده است تعداد ۵۰۰ دانش‌آموز به عنوان نمونه انتخاب شدند و پس از تایید طرح توسط پژوهشکده‌ی تعلیم و تربیت و اخذ مجوزهای لازم از حراست آموزش و پرورش خراسان رضوی به مدارس مراجعه شده و به صورت تصادفی از بین دانش‌آموزان یک کلاس تعدادی بر اساس شماره‌ی آن‌ها در دفتر کلاسی انتخاب می‌شدند. بر اساس نظر پژوهشکده‌ی تعلیم و تربیت، اطلاعات باید کاملاً محرمانه بوده لذا از نوشتن هرگونه نام و نام خانوادگی بر روی پرسش‌نامه‌ها خودداری گردید.

عبارتی می‌توان گفت که تجربیات مدرسه‌ای محدوده‌ی رشد آن‌ها را تعیین می‌کند. به این معنی که اگر کودک مشکلات عمده‌ای در مدرسه و یادگیری داشته باشد پیامدهای عمده‌ای در ادامه‌ی زندگی او بر جای خواهد ماند (۶).

تاثیر هیجانات بر یادگیری بالقوه‌ی کودکان، مورد تاکید قرار گرفته است. او اظهار می‌دارد که احساسات دردناک، ناراحت‌کننده و تحریک‌کننده، نقش بسیار پر قدرتی در یادگیری دارد، در واقع قلمرو احساسات و تجربه‌های ذهنی ما می‌تواند در تسهیل یا توقف جریان رشد، تحول و یادگیری موثر باشد (۱). معمولاً مشکلات رفتاری کودکان باعث می‌شود که آن‌ها از سوی گروه همسالان طرد شوند و مشکلات تحصیلی متعددی داشته باشند، متعاقباً این مشکلات نیز به افسردگی و احساس کم‌ارزشی آنان منجر می‌شود (۷). به همین دلیل تقریباً ۲۵ درصد کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری، با عدم موفقیت تحصیلی روبه‌رو می‌شوند. عدم موفقیت تحصیلی یعنی عملکرد تحصیلی کودک با توجه به سن و میزان هوش او بسیار ضعیف باشد. علاوه بر این، مشکلات رفتاری کودکان در اواسط دوره‌ی کودک‌کی باعث می‌شود که آن‌ها نسبت به مدرسه و معلم، نگرش منفی پیدا کنند، کودکانی که مشکلات رفتاری دارند اغلب از مدرسه خوششان نمی‌آید، به یادگیری علاقه ندارند و تلاش نمی‌کنند و از اعتماد به نفس کافی برخوردار نیستند. در مسیر کمک به این کودکان شاید بتوان گفت که نخستین گام، شناسایی و تشخیص زودهنگام مشکلات آن‌ها می‌باشد که این امر مستلزم سنجش و ارزیابی آن‌ها می‌باشد. از این رو پژوهش حاضر قصد دارد تا با پرداختن به مشکلات رفتاری و عاطفی این کودکان و آرایه‌ی تصویری از چگونگی وضعیت بهداشت روانی آن‌ها، گام مهمی در جهت برنامه‌ریزی برای پیشگیری و رفع این مشکلات بردارد. ارتباط بین یادگیری و بهداشت روانی یک خیابان دوطرفه است، همان طور که شایستگی‌های تحصیلی، دانش‌آموزان را قادر می‌سازد تا بر اثرات محیطی موثر بر بهداشت روان‌شان تسلط پیدا کنند، بهداشت روانی دانش‌آموزان نیز می‌تواند توانایی‌های آن‌ها برای یادگیری را تغییر دهد (۸) ولی در این ارتباط متقابل، آن چه که در این پژوهش مورد نظر است اثر بهداشت روان

<sup>۱</sup>Sadman

مرضی کودک<sup>۳</sup> (CSI) استفاده شده است. همبستگی میان این پرسش‌نامه و فرم گزارش معلم در مقیاس مبتنی بر تجربه بین ۰/۰۶ تا ۰/۲۶ و در مقیاس مبتنی بر DSM همبستگی این دو بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۰ گزارش شده است. این بررسی نشان داد که فرم گزارش معلم از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است و با اطمینان می‌توان از آن برای سنجش اختلالات هیجانی-رفتاری کودکان و نوجوانان ۱۸-۶ ساله استفاده کرد (۱۰).

همان‌طور که گفته شد در پژوهش حاضر از فرم گزارش معلم استفاده می‌شود، این فرم توسط معلم و یا سایر کارکنان مدرسه مانند مشاور، مدیر یا معاون، دستیار معلم و مربی ویژه که با عملکرد کودک آشنایی دارند در مدت ۲۰ دقیقه تکمیل می‌شود. این فرم برای سنین ۶ تا ۱۸ سال هنجار شده است و پس از مشخص کردن افراد نمونه، محقق در اردیبهشت ماه سال تحصیلی ۸۹-۹۰ که معلمان به شناخت کافی از دانش آموزان خود دست پیدا کرده بودند، به آن مراکز مراجعه و پس از ارایه توضیحات لازم در مورد شیوه تکمیل این پرسشنامه‌ها به معلمان، پرسشنامه‌های مذکور در محل توزیع، اجرا و جمع‌آوری گردید. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها برای هر یک از مولفه‌های مقیاس مبتنی بر تجربه و مبتنی بر DSM نمرات خام گردآوری و بعد از تبدیل به نمرات استاندارد، تعداد افرادی که در هر خرده‌مقیاس در دامنه‌های بالینی، مرزی و بهنجار قرار داشتند، مشخص شد. برای بررسی معنی‌داری تفاوت میزان شیوع مشکلات رفتاری در پایه‌های مختلف دبستان از تحلیل واریانس تک‌عاملی (ANOVA) استفاده شد.

### نتایج

ویژگی‌های جمعیت شناختی کودکان ارجاع داده شده به مرکز در این پژوهش، داده‌ها با استفاده از شیوه‌های آمار توصیفی مورد تحلیل قرار گرفت و سپس داده‌های پنج پایه با استفاده از ANOVA مقایسه شد. در جدول ۱ اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه‌ی مورد نظر بر اساس ناحیه‌ی آموزش و پرورش، پایه و جنسیت دانش‌آموزان، ارایه شده است. در

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، فرم گزارش معلم نظام سنجش مبتنی بر تجربه‌ی آخنباخ است که منبع اطلاعاتی آن، معلم است. این شیوه با رویکرد سنجش رفتاری سازگار است و به تغییرپذیری میان موقعیت‌ها و شرایط نیز توجه دارد و از این رو در سنجش کودکان از منابع اطلاعاتی مختلف استفاده می‌کند. این شیوه که آخنباخ و مک‌کوناکی<sup>۱</sup> آن را ابداع کرده‌اند به نظام سنجش مبتنی بر تجربه‌ی آخنباخ<sup>۲</sup> (ASEBA) معروف است. سنجش مبتنی بر تجربه به شیوه‌هایی اشاره دارد که بر مشاهده و آزمایش مبتنی هستند. نظام آخنباخ، در حقیقت مدلی چندمحوری است که چهارچوبی برای سازمان‌دهی و یکپارچه‌سازی داده‌های تجربی حاصل از منابع اطلاعاتی مختلف، فراهم می‌آورد. در این مدل داده‌ها از پنج منبع مختلف به دست می‌آیند که عبارتند از: گزارش والدین، گزارش معلم، سنجش مستقیم کودک، سنجش شناختی و سنجش جسمانی (۱۰). هر سه فرم این نظام توسط مینایی بر روی ۱۴۳۷ دانش‌آموز (۷۴۸ پسر و ۶۸۹ دختر) شهر تهران مورد هنجاریابی قرار گرفت. به منظور بررسی اعتبار فرم گزارش معلم از روش‌های همسانی درونی، بازآزمایی و توافق میان پاسخ‌دهندگان استفاده شده است. بر این اساس، اعتبار این فرم در مقیاس‌های مبتنی بر تجربه با روش همسانی درونی در گروه‌های سنی مختلف بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۵ و در مقیاس‌های مبتنی بر DSM بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۲ گزارش شده است و با روش بازآزمایی در مقیاس مبتنی بر تجربه بین ۰/۳۸ تا ۰/۹۷ و در مقیاس مبتنی بر DSM بین ۰/۳۲ تا ۰/۴۷ گزارش شده است و به منظور برآورد میزان توافق میان پاسخ‌دهندگان نیز از منابع مختلف شامل پدر، مادر و دو نفر از معلمان خواسته شد تا فرم را تکمیل کنند که همبستگی بین فرم‌ها در مقیاس مبتنی بر تجربه بین ۰/۳۶ تا ۰/۵۹ و همبستگی میان فرم‌های معلم و والدین بین ۰/۰۹ تا ۰/۳۱ و در مقیاس‌های مبتنی بر DSM همبستگی فرم‌های معلم بین ۰/۴۸ تا ۰/۵۴ و همبستگی بین فرم‌های والدین و معلم بین ۰/۰۹ تا ۰/۲۸ گزارش شده است. برای بررسی روایی ملاکی این فرم از پرسشنامه‌ی علایم

<sup>۳</sup>Child Symptoms Inventory

<sup>۱</sup>Achenbach and McConaughy

<sup>۲</sup>Achenbach System of Empirically Based Assessment

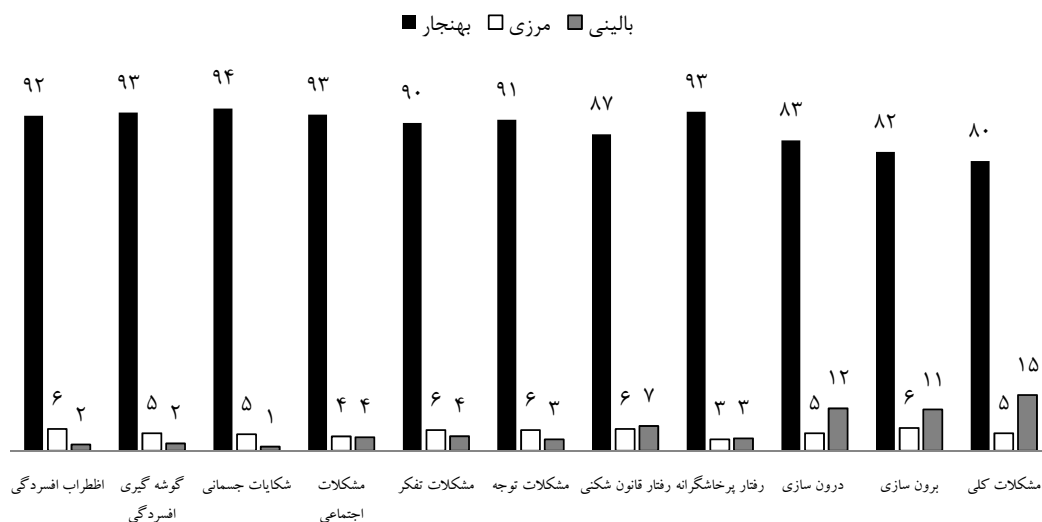
پایه‌های مختلف دبستان نشان می‌دهد. همان طور که مشاهده می‌شود، پایه‌ی سوم با ۳ درصد مرزی، ۷ درصد بالینی و ۹۰ درصد بهنجار کمترین میزان شیوع مشکلات رفتاری را دارا است و پایه‌ی پنجم با ۷/۵ درصد مرزی، ۲۱/۵ درصد بالینی و ۷۱ درصد بهنجار بالاترین میزان را در اختیار دارد. در مجموع در مقطع ابتدایی ۱۵ درصد افراد مرزی، ۵ درصد بالینی و ۸۰ درصد بهنجار می‌باشند.

#### جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دانش‌آموزان دبستانی

مشهد به تفکیک ناحیه، پایه و جنسیت										
ناحیه	اول		دوم		سوم		چهارم		پنجم	
	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر	دختر	پسر
پایه جمع	۱۰	۱۳	۸	۱۲	۹	۱۲	۱۱	۱۴	۱۰	۱۱
۲	۱۰	۱۳	۸	۱۲	۹	۱۲	۱۱	۱۴	۱۰	۱۱
۴	۱۲	۱۴	۱۱	۱۲	۱۱	۱۴	۱۲	۱۴	۱۲	۱۳
۶	۱۳	۱۴	۱۲	۱۳	۱۳	۱۵	۱۰	۱۲	۱۴	۱۳
۷	۱۳	۱۵	۱۳	۱۳	۱۲	۱۵	۱۴	۱۶	۱۲	۱۳
جمع	۴۸	۵۶	۴۴	۵۰	۴۵	۵۶	۴۷	۵۶	۴۸	۵۰

جدول ۱ اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه‌ی مورد نظر بر اساس ناحیه‌ی آموزش و پرورش، پایه و جنسیت ارایه شده است. بر اساس نمودار ۱ میزان شیوع مشکلات هیجانی-رفتاری در کل دانش‌آموزان دبستانی در مقیاس مبتنی بر تجربه، درصد افراد مرزی از ۳ درصد (رفتار پرخاشگرانه) تا ۶ درصد (مشکلات برون‌سازی)، درصد افراد بالینی از ۱ درصد (شکایات جسمانی) تا ۱۲ درصد (درون‌سازی) گزارش شده است و در مجموع، ۵ درصد افراد در ناحیه‌ی مرزی، ۱۵ درصد در ناحیه‌ی بالینی و ۸۰ درصد در ناحیه‌ی بهنجار قرار دارند. نمودار ۲ نیز میزان شیوع مشکلات هیجانی-رفتاری را در کل دانش‌آموزان دبستانی بر اساس مقیاس مبتنی بر DSM نشان می‌دهد که درصد افراد مرزی از ۲ درصد (بیش‌فعالی-تکانشگری) تا ۱۰ درصد (مشکلات عاطفی) قرار دارد و درصد افراد بالینی در دامنه‌ای بین ۱ درصد (مشکلات جسمانی-تنی) تا ۵ درصد (مشکلات بی‌توجهی) قرار گرفته است. نمودار ۳ میزان دانش‌آموزان بهنجار، مرزی و بالینی را در

#### نمودار ۱- میزان شیوع مشکلات هیجانی-رفتاری در کل دانش‌آموزان دبستانی مشهد بر اساس مقیاس مبتنی بر تجربه

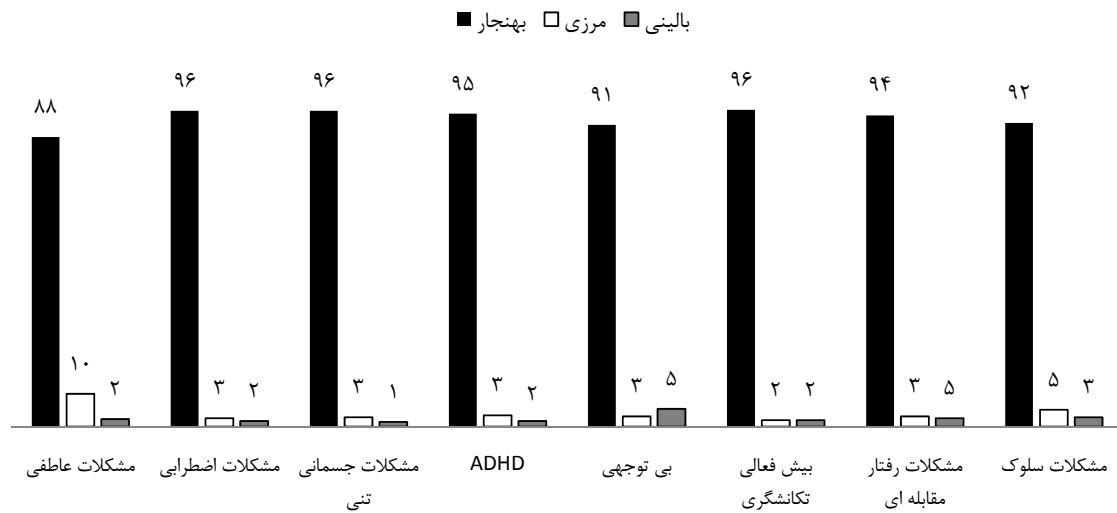


تفاوت بین میزان شیوع مشکلات رفتاری در پایه‌های مختلف از آزمون ANOVA استفاده گردید که نتیجه‌ی آن نشان می‌دهد که میزان شیوع مشکلات هیجانی-رفتاری در بین پایه‌های دبستانی در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد. هم‌چنین برای تعیین

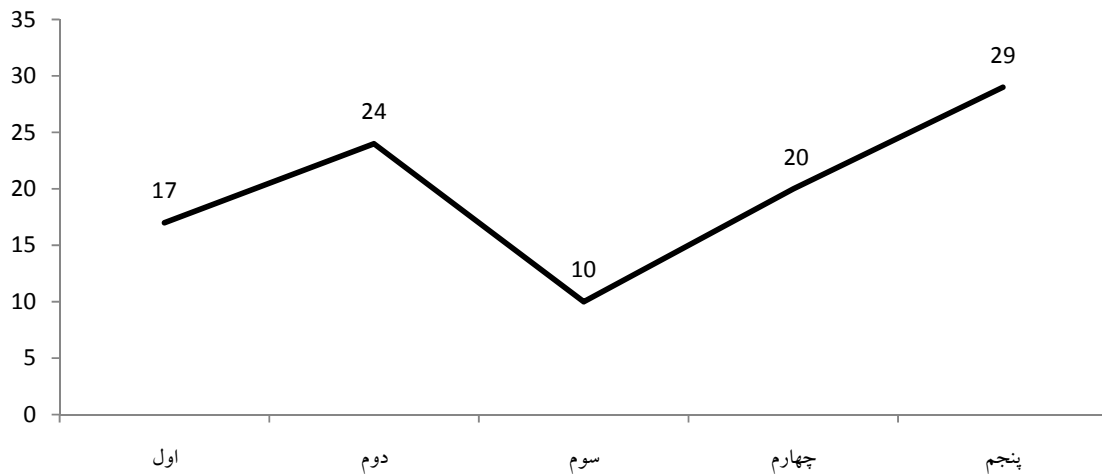
نمودار ۴ نیز نیم‌رخ سلامت روان را در دانش‌آموزان دبستانی به تفکیک پایه نشان می‌دهد. پایه‌ی سوم با میانگین ۱۰، کمترین میزان شیوع مشکلات رفتاری و پایه‌ی پنجم با میانگین ۲۹ بالاترین میزان شیوع مشکلات رفتاری را دارد. برای تحلیل

معنی داری تفاوت بین دانش آموزان دختر و پسر در میزان کلی مشکلات هیجانی-رفتاری از آزمون تی استفاده شد که نتیجه‌ی این آزمون نشان داد که رابطه‌ی بین جنسیت و میزان شیوع مشکلات هیجانی-رفتاری در سطح ۰/۰۵ معنی دار می‌باشد.

#### نمودار ۲- میزان شیوع مشکلات هیجانی-رفتاری در کل دانش آموزان دبستانی مشهد بر اساس مقیاس مبتنی بر DSM



#### نمودار ۴- نیم‌رخ سلامت روان دانش آموزان پایه‌های مختلف دبستان بر اساس مقیاس مبتنی بر تجربه



#### بحث

تجربیات مدرسه‌ای تاثیر مهمی در موفقیت تحصیلی و سلامت روانی دوران بزرگسالی آن‌ها دارد و عدم اطلاع از وضعیت دقیق سلامت روان در مدارس، هر گونه تغییر، تصمیم و برنامه‌ریزی درمانی را دشوار می‌سازد (۱). پژوهش حاضر با هدف همه‌گیرشناسی و بررسی میزان شیوع مشکلات مربوط

به‌داشت روان در مورد تمام افراد به خصوص کودکان، از اهمیت فراوانی برخوردار است که عدم توجه به آن می‌تواند آثار زیان‌باری برای جامعه و افراد، در پی داشته باشد. سال‌های مدرسه جزو اساسی‌ترین سال‌های زندگی کودکان است و

به سلامت روان کودکان سن دبستان انجام گرفت که در مجموع کل دانش‌آموزان حدود ۱۵ درصد دارای مشکلات بالینی و ۵ درصد دارای مشکلات مرزی می‌باشند. به عبارتی حدود ۲۰ درصد از دانش‌آموزان مقطع دبستان حداقل یک مشکل روان‌شناختی را دوران تحصیل خود تجربه می‌نمایند. داده‌های این پژوهش با نتایج مطالعات لامبرت<sup>۱</sup> و همکاران با استفاده از همین ابزار در جامائیکا بر روی کودکان ۶-۱۱ سال (۱۱) و غباری‌بناب و همکاران در تهران بر روی کودکان دبستانی با استفاده از همین ابزار و گزارش شیوع ۲۰/۳ درصدی مشکلات بالینی (۳) و هم‌چنین خدام و همکاران در گرگان که با فرم راتر شیوع ۲۱ درصدی را به دست آوردند (۱۲)، هم‌خوان است ولی با نتایج پژوهش غیائی و همکاران که بر دانش‌آموزان دبستانی شهر ایلام انجام دادند و نرخ ۵/۵ درصدی را برای شیوع مشکلات رفتاری ذکر می‌کنند (۱۳)، تفاوت فاحشی دارد.

هم‌چنین از نتایج خوشابی و همکاران نیز که بر دانش‌آموزان دبستانی استان ایلام انجام دادند و میزان ۱۰/۲ درصدی گزارش کردند (۱۴)، بیشتر است ولی در مجموع و در مقایسه با پژوهش‌های داخلی و خارجی که میزان شیوع را بین ۵ تا ۲۰ درصد گزارش کرده‌اند، تا حدودی به نتایج سایر پژوهش‌های انجام شده در کلان شهرهای کشور نزدیک است.

بر این اساس، میزان شیوع مشکلات هیجانی-رفتاری در پایه‌های مختلف دبستان از این قرار می‌باشند که در پایه‌ی اول ۱۴ درصد دانش‌آموزان دارای مشکلات بالینی و ۳ درصد دارای مشکلات مرزی، در پایه‌ی دوم ۲۱ درصد مشکلات بالینی و ۳ درصد مشکلات مرزی دارند. در پایه‌ی سوم (کمترین میزان شیوع مشکلات) ۷ درصد دانش‌آموزان دارای مشکلات بالینی و ۳ درصد دارای مشکلات مرزی می‌باشند. در پایه‌ی چهارم، ۱۲/۵ درصد، مشکلات بالینی و ۷/۵ درصد، مشکلات مرزی دارند و در پایه‌ی پنجم (بیشترین میزان شیوع مشکلات روانی) ۲۱/۵ درصد از مشکلات بالینی و ۷/۵ درصد از مشکلات مرزی رنج می‌برند.

این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های غیائی و همکاران، نیکاپوتا، دژکام و خدام و همکاران که بیشترین میزان شیوع مشکلات را در دانش‌آموزان پایه‌های چهارم و پنجم ذکر کرده‌اند (۱۲، ۱۳) هم‌خوان است که آن‌ها دلایلی از جمله فشار روانی ناشی از افزایش حجم دروس و مسئولیت‌های آموزشی پایه‌ی بالاتر و هم‌چنین نزدیک شدن دانش‌آموزان پایه‌های چهارم و پنجم به مرحله‌ی حساس بلوغ و گذر از کودکی به بزرگسالی و تلاش برای برآورده ساختن انتظارات فرهنگی و جهش‌های رشد اجتماعی، عاطفی و جسمانی را برای این تفاوت ذکر کرده‌اند. از دیگر نتایج مهم این پژوهش، ترسیم نیم‌رخ سلامت روان کودکان دبستانی در هر پایه بود که دیدی روشن از وضعیت کنونی سلامت روانی این گروه از کودکان ارائه نموده و در حقیقت، توصیفی از شرایط حال است که می‌توان از آن به عنوان خط پایه‌ای برای ترسیم شرایط مطلوب و حرکت به سمت ارتقای سلامت روان کودکان و در نهایت جامعه استفاده کرد.

با نگاهی اجمالی به نتایج، باید گفت که مشکلات چشمگیر دانش‌آموزان دبستانی در حیطه‌ی روانی نیازمند توجه فراوانی است و همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد، مدارس بهترین موقعیت را از نظر زمانی، مکانی و امکانات در جهت پیشگیری و درمان این مشکلات دارا هستند و می‌توانند با اقدامات مناسب و به موقع، به این هدف جامه‌ی عمل پوشیده و اقداماتی شایان توجه برای کودکان دچار مشکلات روانی و در معرض خطر انجام دهند (۵).

مشکلات مربوط به سلامت روان پیامدهای عمده‌ای از جمله مشکلات تحصیلی و اجتماعی در زندگی کودکان بر جای خواهند گذاشت. به همین دلیل تقریباً ۲۵ درصد کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری، با عدم موفقیت تحصیلی روبه‌رو می‌شوند. علاوه بر این، مشکلات رفتاری آن‌ها در اواسط دوره‌ی کودکی باعث می‌شود نسبت به مدرسه و معلم نگرش منفی پیدا کنند. این کودکان اغلب از مدرسه خوششان نمی‌آید، به یادگیری علاقه ندارند، تلاش نمی‌کنند و از اعتماد به نفس کافی برخوردار نیستند (۷). بنا بر این عدم برخورداری از بهداشت روانی مطلوب می‌تواند مانعی جدی بر سر راه آموزش و یادگیری آن‌ها باشد و وقت و هزینه‌ی زیادی را هدر دهد

<sup>1</sup>Lambert



موجود بر پایه‌ی یک نظریه‌ی خاص و ارایه‌ی راهکارهای عملی و درمانی آن‌ها توجهی نشده است که می‌توان به طور جامع به این مسایل پرداخت. هم‌چنین، توصیه می‌شود تا پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در جوامع دانش‌آموزی روستایی نیز انجام شود تا میزان شیوع این مشکلات در این دانش‌آموزان مشخص شده و با جمعیت‌های دانش‌آموزی شهری مقایسه شود.

### نتیجه‌گیری

این پژوهش می‌تواند به معلمان کمک نماید تا با دادن این احتمال که تعدادی هر چند معدود، از دانش‌آموزان آن‌ها در هر کلاس ممکن است دچار مشکلات هیجانی-رفتاری باشند، به تفاوت‌های فردی توجه نموده و ضمن تشخیص، ارجاع و یا درمان مشکلات آن‌ها، با فراهم آوردن زمینه‌هایی برای موفقیت‌های تحصیلی این دانش‌آموزان به افزایش حس اعتماد به نفس و ارتقای سطح بهداشت روانی آن‌ها کمک نمایند. علاوه بر این با اطلاع از این که مشکلات هیجانی-رفتاری کودکان در سنین پایین‌تر، آسان‌تر درمان می‌شوند، مقطع دبستان و به خصوص سال‌های ابتدایی آن می‌تواند موقعیتی یگانه در جهت پیشگیری و درمان این مشکلات به حساب آید.

که این امر، توجه بیشتر و دقیق‌تری به این موضوع می‌طلبد (۱). علاوه بر این، بهداشت روانی در بزرگسالی به میزان زیادی با بهداشت روانی در دوران کودکی ارتباط دارد و پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین اختلالات رفتاری کودکی و ابتلا به جنون در بزرگسالی، ارتباط وجود دارد (۱۵).

این پژوهش نیز مانند تمام پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی همراه بود که یکی از مهم‌ترین آن‌ها را می‌توان عدم اجرای سایر فرم‌های نظام سنجش آخنها از جمله فرم گزارش والدین و یا استفاده از سایر ابزارهای سنجش مشکلات هیجانی-رفتاری کودکان به خاطر کمبود وقت و منابع اقتصادی ذکر کرد که در صورت استفاده می‌توان داده‌های دقیق‌تری به دست آورد و تعمیم داده‌ها به جامعه‌ی آماری را با اطمینان بیشتری انجام داد. هم‌چنین متأسفانه اکثر مدارس و معلمان هیچ لزومی برای همکاری نمی‌دیدند و با بی-میلی نسبت به اجرای این پژوهش رفتار می‌کردند. به دلیل کمبود منابع مالی و زمانی، این پژوهش تنها به برآورد میزان شیوع مشکلات مربوط به بهداشت روانی پرداخته شده است اما به آسیب‌شناسی این مشکلات، یافتن علل، تحلیل وضعیت

### References

1. Atkinson M, Hornby G. [Mental health handbook for schools]. Rahnama A, Faridi MR. (translators). Tehran: Agheegh; 2008: 1-30. (Persian)
2. Baratiyan M, Masudiyan M. [Affect of instruction mental health program on decrease mental disorders of Tehran high school students]. Journal of family and research 2007; 1(1): 83-5. (Persian)
3. Ghobari Banab B, Parand A, Hosseinkhanzadeh Firuzjah A, Mully G, Neamati SH. [Prevalence of behavioral problems in primary students of Tehran]. Research on exceptional children 2009; 9(3): 223-6. (Persian)
4. Gimel GA, Haland ML. [Treatment of behavioral and emotional problems in children: Kindergartens, preschools and primary schools]. Jalali A. (translator). Tehran: Padra; 2004: 20-70. (Persian)
5. Kave MH, Shojaezade D, Eftekhar Ardebili H, Rahimi A, Bovalgeri J. [The role of teachers in mental health of primary schools]. Payesh 2004; 2(2): 96-103. (Persian)
6. Gorman JC. Emotional disorders and disabilities in the elementary classroom. USA: Crown; 2001: 50-70.
7. Veic R. [Psychopathology of children and teenagers]. Tehran: Savalan; 2010: 10-50. (Persian)
8. Redl F, Wattenberg WW. Mental hygiene in teaching. 2<sup>nd</sup> ed. USA: Harcourt, Brace and word; 1959: 30-150.
9. Gall MD, Borg WR, Gall JP. [Educational research: An introduction]. Nasr A. (translator). 6<sup>th</sup> ed. Tehran: Beheshti University; 2008: 386-7. (Persian)

10. Minaee A. [Validation of Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA), (TRF) and (YSR)]. Research on exceptional children 2006; 19(1): 529-58. (Persian)
11. Lambert MC, Puig M, Lyubansky M, Rowan GT, Hill M, Milburn B, et al. [Child behavior, and emotional problems in Jamaican classrooms: A multi method study using direct observations and teacher reports for ages 6-11]. Int J Intercultur Relat 2001; 25: 551-8.
12. Khoddam H, Modanlo M, Ziaee T, Keshtkar AA. [Behavioral disorders and related factors in school age children of Gorgan]. Nursing research 2010; 4(4): 31-5. (Persian)
13. Ghiasi N, Nazarpur F, Bakhti F, Purnajaf A, Shirini KH. [Prevalence of behavioral disorders among school-boys and girls in Ilam during 2005]. Journal of scientific of Ilam Medicine University 2009; 16(1): 28-31. (Persian)
14. Khushabi K, Moradi SH, Hemati Alamdarlu GH, Dehshiri GH, Isamorad A. [A survey of prevalence behavioral disorders in Ilam primary schools]. Journal of diseases and mental disorders rehabilitation 2007; 8: 29-32. (Persian)
15. Ravaghi K, Mehraliyan HA, Shahgholiyan N. [A survey of prevalence behavioral disorders in Shahrekord primary schools]. Journal of nursing and midwifery of Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services 2000; 13: 35-42. (Persian)